

**FICHA DE DESAFILIACIÓN DEL PLAN DE  
SALUD ONCONAVAL**

Yo, ..... Grado .....

Situación ..... CIP ..... DNI..... Dependencia.....

Domiciliado en: .....

Telf. Casa: ..... Telf. Trabajo ..... Anexo ..... Cel.....

Correo electrónico.....

Deseo que los inscritos en el Plan de Salud Onconaval que a continuación indico sean desafiados del mismo, por lo que autorizo a la Dirección Ejecutiva de la IAFAS de la Marina de Guerra del Perú a realizar los trámites necesarios para que se me exceptúe de los descuentos mensuales correspondientes, teniendo conocimiento que no tengo derecho a solicitar la devolución de las aportaciones realizadas.

Bellavista, ..... de ..... del 20.....

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	N° DNI

.....

**Firma del Titular**